کمری، سامان؛ فولادچنگ، محبوبه (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش معنویت درمانی مبتنی بر مثبت نگری بر میزان امید به زندگی و رضایت از زندگی نوجوانان.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۶ (۱)، ۲۳-۵.

اثربخشی آموزش معنویت درمانی مبتنی بر مثبت نگری بر میزان امید به زندگی و رضایت از زندگی نوجوانان

سامان کمری[۱]، محبوبه فولادچنگ[۲]

تاریخ دریافت: ۹۳/۸/۱۹ تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۲۰

چکیده

هدف: *بررسی اثربخشی آموزش معنویت درمانی مبتنی بر مثبت نگری بر میزان امید به زندگی و رضایت از زندگی افراد نوجوان*

روش: *روش پژوهش حاضر از نوع تحقیقات نیمه آزمایشی و طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش تمامی دانش آموزان سال اول دبیرستان شهر شیراز بودند که به شیوه نمونه گیری در دسترس تعداد ۶۰ نفر از آنها انتخاب شد و سپس بر اساس تخصیص تصادفی افراد به دو گروه آزمایش و کنترل، (هر گروه ۳۰ نفر) گمارده شدند. آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های امید اسنایدر و مقیاس رضایت از زندگی پاسخ دادند. داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) مورد تحلیل قرار گرفتند.*

یافته‌ها: *نتایج تحلیل کوورایانس تک متغیره نشان داد که آموزش معنویت درمانی بر افزایش امید به زندگی افراد گروه آزمایش تأثیر معناداری داشت ($P<0/002$)، همچنین آموزش معنویت درمانی در افزایش میزان رضایت از زندگی افراد گروه آزمایش نیز تأثیر معناداری داشت ($P<0/013$). یافته‌ها به طور کلی بیانگر آن است که معنویت درمانی نه تنها در درمان انواع بیماریهای روانی تأثیر دارد بلکه از آن می‌توان برای افزایش امید به زندگی و رضایت از زندگی افراد هم استفاده کرد.*

واژه های کلیدی: *معنویت درمانی، مثبت نگری، امید به زندگی، رضایت از زندگی.*

---

۱. نویسنده مسئول:دانشجوی دکتری روان شناسی تربیتی، دانشگاه شیراز. Kamari.saman@yahoo.com
۲. دانشیار بخش روان شناسی تربیتی دانشگاه شیراز .

مقدمه

نوجوانی[1] دوره‌ای بحرانی است زیرا تغییرات عمده افراد از نظر فیزیولوژیکی، شناختی و روانشناختی در این دوره از زندگی رخ می‌دهد. در واقع نوجوانی یکی از مهم‌ترین و حساس‌ترین مراحل رشد انسان می‌باشد. نوجوانان در این مرحله با مسائل و تغییرات در بسیاری از جنبه‌ها مواجه هستند که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از، مسائل مربوط به هویت‌یابی، استقلال‌طلبی، انتخاب رشته‌ی تحصیلی، تغییرات سریع فیزیکی و تغییرات گسترده‌ی شناختی، هیجانی و اجتماعی (Newman & Newman،2009). اخیرا توجه روان شناسان به دانش آموزان دبیرستانی معطوف شده است و گزارش‌هایی حاکی از شیوع مسائلی مانند افسردگی، بی-انگیزگی نسبت به تحصیل و ناامیدی و عدم لذت از زندگی در دانش‌آموزان دبیرستانی است (Ayers,& Nicolson 2004). شیوع افسردگی در بین افراد جوان در سطح بالایی جهان را تکان داده است. نزدیک ۲۰٪ از افراد جوان یک دوره‌ای از افسردگی بالینی را در اواخر دوران دبیرستان تجربه می‌کنند (Seligman, Ernst, Gillham, Reivich & Linkins,2009). در اکثر جوامع انسانی عوامل مشترکی بر شکل گیری شخصیت در دوران نوجوانی تأثیر گذار است، از قبیل، جامعه، قومیت، خانواده، مدرسه، همسالان و مذهب. درک این عوامل می‌تواند در جهت افزایش سلامت روان افراد نوجوان کمک کننده باشد. توجه به این عوامل یک دیدگاه جدید نیست اما اخیرا محققین و روان شناسان به بُعد معنویت[2] و مذهب توجه فراوانی داشته‌اند و به این اشاره کرده‌اند که معنویت می‌تواند به نوجوانان در جهت داشتن سلامت روان کمک کند و آنها را از مشکلاتی روانی مانند افسردگی و ناامیدی رهایی بخشد (Newman & Newman ،2009 Rahi, Razavi Nematolahei, & Manzari Tavakoli, 2013;).

از طرفی دیگر در دین اسلام نیز یکی از مهم ترین مسائل، توجه به بهداشت و سلامت جسمانی و روانی است. خداوند کریم در قرآن می‌فرماید:« وَ نُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَ رَحْمَةٌ لِلْمُؤْمِنِينَ وَ لاَ يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلاَّ خَسَاراً» (اسراء: ۸۲). و در جای دیگر می فرماید:«الَّذِينَ آمَنُواْ وَ تَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُم بِذِكْرِ اللّه أَلاَ بِذِكْرِ اللّه تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ» (رعد: ۲۸). بعضی از واجبات و محرّمات الهی برای تأمین سلامتی و پیش گیری از ابتلا به امراض روحی و روانی تشریع شده است. در مکتب اسلام، هیچ انسانی حق ندارد با انجام کارهای زیان آور مانند سم خوردن و یا روی آوردن به کارهای ناشایست و به دور از شأن و منزلت انسانی، به سلامت جسم و روان خود آسیب وارد کند و یا خود را در معرض هلاکت و ذلت قرار دهد. همچنین نسبت به سلامت جسمی و روحی دیگر همنوعان خود نیز مسئول است. اولین آموزه تعلیمی پیامبران الهی به انسان ها

1. Adolescents
2. Spirituality

در طول تاریخ بشر، عبادت و بندگی خداوند بوده است. توجه دادن انسان به ایمان به خداوند، توحید و یگانه پرستی و بندگی او، اولین و اساسی ترین آموزه انبیا و معصومان(علیهم السلام) بوده است. اصلی ترین رکن دین یعنی ایمان به خدای یکتا، انسان را از نگرانی، اضطراب و دغدغه خاطر مصون داشته و در برابر رویدادهای نامطلوب زندگی ثابت قدم و استوار نگه می دارد. به گونه ای که حوادث نمی توانند تزلزلی در او ایجاد نمایند. هدف غالب شیوه‌های توصیه شده اسلام یاری رساندن به انسان به منظور برخورداری از روح و روان سالم است، تا بتواند با توسل به بهترین راه‌های ممکن با مشکلات مقابله کند و به آرامش نایل آید (khodayarifard, 2000). قرآن مجید می‌فرماید: دین داری و دین باوری نشانه سلامت عقل و بی رغبتی و عدم تمایل به دین و معنویت دلیل بر سفاهت و بی خردی است(بقره: ۱۳۰). با وجود این، فطرت و ساختار وجودی انسان در همه شرایط به صورت یکسان عمل نمی کند و ممکن است عوامل نامساعد بیرونی و محیط ناسالم زندگی مانع از شکوفایی و بروز نقش صحیح آن گردد. بر این اساس، لازم است به این جنبه از وجود آدمی، بخصوص در مورد کودکان و نوجوانان، توجه ویژه ای مبذول گردد تا حس دینی آن ها شکوفا شود، زیرا الگوپذیری و شکل گیری شخصیت در انسان از همان دوران کودکی و نوجوانی صورت می گیرد.

تبیین علل بیماری مختص انسان های عادی نبوده، بلکه برگزیدگان خداوند نیز، که از سرچشمه وحی سیراب می شدند، انسان ها را به رعایت و حفظ بهداشت جسم و جان سفارش نموده و در شناسایی و راه های پیش گیری از ابتلا به انواع بیماری های جسمی، روحی و روانی ارشاد و راهنمایی فرموده اند. خداوند در قرآن مجید، با تأکید بسیار، تنها راه رستگاری و سعادت انسان را در «تزکیه» و پالایش روح و روان آدمی می‌داند، آنجا که می فرماید: «قَدْ أَفْلَحَ مَن زَكَّاهَا وَ قَدْ خَابَ مَن دَسَّاهَا.» (شمس: ۹و ۱۰) و در تعالیم اسلامی، اهمیت زیادی برای بهداشت و سلامتی جسم و جان آدمی برشمرده شده است.

به طور کلی به دلیل آنکه مسئله سلامتی و بیماری هم برای فرد و هم برای اجتماع از مهم ترین مسائل بوده و از سوی دیگر، جامعه بدون دغدغه بیماری فردی و اجتماعی در این جهان دست نایافتنی است، همیشه بشر به دنبال کشف علل و عوامل پیدایش بیماری و راه های پیش گیری از آن بوده است. مشکلات تحصیلی و افت تحصیل از علائم رایج و از مشکلات جدی دانشجویان و دانش آموزان است. در موارد جدی‌تر افسردگی این مشکلات حتی گاهی به اخراج از مدرسه یا ترک تحصیل منجر می‌شود. تغییرات زیاد خلقی، افزایش رفتارهای مقابله‌ای، احتمال سوء مصرف مواد و اختلالات خوردن از دیگر مسائل وابسته به افسردگی است (Friedberg & McClure, 2002). به طور کلی مشکلات هیجانی چون افسردگی، اضطراب و استرس از شایع‌ترین مشکلات دوران مدرسه می‌باشند. وجود چنین مشکلاتی می‌تواند باعث افت عملکرد فعلی

دانش آموزان در زمینه‌های مختلف تحصیلی و نیز موجب کاهش میزان شادکامی، امید به زندگی و رضایت از زندگی آنان شود. علاوه بر این بسیاری از این مشکلات می‌تواند تا بزرگسالی نیز ادامه یابند. بنابراین انجام مداخلاتی برای پیشگیری از تشدید این مشکلات و ارتقای سلامت روان اهمیت دارد. یکی از مداخلات معتبر در این زمینه معنویت درمانی و آموزش اثربخشی این روش است (Nicolson & Ayers, 2004).

معنویت یکی از توانمندی های انسان است که راه‌های کنار آمدن و استراتژیهای حل مساله را برای آنها فراهم می‌کند و به عنوان یک منبع از حمایت اجتماعی، در برابر سردرگمی‌ها و مصیبت‌ها، احساسی از معناداری را در قلبشان ایجاد می‌کند، و به مردم یک احساسی از کنترل غیرمستقیم بر روی پیشامدها می‌دهد که در نهایت منجر به کاهش انزواء و تنهایی در افراد می‌شود(Shah, Kulhara, Grover, Kumar, Malhotra, & Tyagi,2011). معنویت از ابتدای خلقت انسانها همواره قسمت عمده زندگی آنان را تشکیل می‌داده است. انسانها معنویت خود را در ارتباط با خدا، آنچه ماورای زندگی روزمره آنان است و به زندگی و حیات معنی می‌دهد نشان می‌دادند (Ghobari-Bonab, 2009). این بعد وجود انسان فطری و ذاتی است و با توجه به رشد بالندگی انسان و در نتیجه انجام تمرینات و مناسک دینی متحول شده و ارتقا می‌یابد (Ghobari-Bonan, Salimi, Solimani, & Norimoghadam, 2005). درمانهای معنوی (معنویت درمانی) یکی از مهمترین عامل در کاهش استرسها و تحمل بیشتر مشکلات زندگی و بهبود اختلالات خلق و کاهش هیجانات منفی در نظر میگیرند که از طریق تأثیر بر عوامل روانی، عصبی، بیولوژیک و سیستم ایمنی در بهبود اختلالات و بیماریها تاثیر بسزایی دارد. نقش معنویت و مذهب در بیماری و سلامت در سالهای اخیر مورد توجه قرار گرفته است به طوریکه برخی معتقدند که معنویت بخشی از مدل زیستی، روانی و اجتماعی است. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد، اعتقادات قوی مذهبی، اشتیاق معنوی، نیایش و اعمال عبادی بر روی سلامت روانی و جسمی فرد اثرات مثبتی دارند (Zinnbauer, & Pargament, 2005).

معنویت درمانی به معنای کمک به فرد که خویشتن واقعی را بیابد و از هجران و جدایی از خویشتن واقعی به وصل و اتصال برسد. هدف عمومی مداخلات معنوی و مذهبی تسهیل و رشد سبک‌های مقابله‌ای و بهزیستی معنوی مددجویان می‌باشد. افرادی که در حیطه معنوی به صورت سالم پرورش می‌یابند احتمال بیشتری دارد که در حیطه‌های دیگری زندگی نیز موفق باشند. علاوه بر این در اثر درمان معنویت مبتنی بر مثبت نگری مراجعان هویت خود را مورد تایید و شناسایی قرار می‌دهند، از خداوند رهنمود و ارشاد می‌خواهند تا آنان را در کنار آمدن با مشکلات کمک کند و به آنها امیدواری بدهد و از جامعه مذهبی خود

حمایت اجتماعی، عاطفی و مادی دریافت می‌کنند (Ghobari-Bonab, 2009). از طرفی دیگر یکی از مهم‌ترین اهداف مداخلات مثبت‌نگر، ارتقای کیفیت و افزایش میزان رضایت از زندگی در کنار کاهش مشکلات هیجانی می‌باشد (Rashid, 2008; Seligman, 2011).

امید یک عبارت انگیزشی مثبت است که از دو عنصر تشکیل شده است، عنصر عاملی و عنصر راهبردی. عنصر عاملی یک عنصر انگیزشی از امید است که شامل احساس موفقیت، انرژی در پیگیری از اهداف در گذشته، حال و آینده می‌باشد، درحالی که عنصر راهبردی به افراد کمک می‌کند برای خلق راههایی برای رسیدن به اهدافشان(Ho & Kwong, 2010) اوسولیوان (Osullivan, 2010) امید را به این صورت مطرح می‌کند که، امید می‌تواند به عنوان اراده یا تصمیم گیری برای رسیدن به اهداف خود تعریف بشود و باوری است که می‌تواند راه‌های رسیدن به آن اهداف را پیدا کند. بنزین و همکاران(Benzein et al, 2000) امید را انتظاری پویا برای کسب اهداف آتی معرفی می‌کنند، فرایندی که شامل افکار، احساسات و ارتباطات می‌باشد. تاکنون نظریه‌ها و پژوهش‌های فراوانی، معنویت را به عنوان یک منبع بالقوه که می‌تواند بر افزایش امید آدمی تأثیر گذارد معرفی کرده‌اند. در واقع روان شناسان بسیاری مانند ویلهم وونت، ویلیام جیمز، استنلی هال و کارل یونگ در طی تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که آدمی باید از معنویت و مذهب برای افزایش امید خویش استفاده کند (Parcham & Mohagheghian, 2011).

رضایت از زندگی نیز به عنوان یکی دیگر از ابعاد مهم زندگی افراد نوجوان به یک فرآیند قضاوتی- شناختی اشاره دارد که در آن افراد کیفیت زندگی خود را بر اساس مجموعه‌ای از ملاک‌ها ارزشیابی می‌کنند. اگرچه اشخاص مختلف در زمینه‌ی مؤلفه‌های مهم یک زندگی خوب از قبیل سلامت و روابط موفق با یکدیگر توافق دارند؛ اما به این مؤلفه‌ها وزن‌های متفاوتی می‌دهند (Diener, 2003 Oishi & Lucas). رضایت از زندگی به معنای داشتن احساسی کلی از خوب بودن و همین طور احساس داشتن یک زندگی با معناست، در واقع رضایت از زندگی، با داشتن احساس رضایت کلی از زندگی گذشته، حال و آینده (انتظار رخ دادن حوادث خوب در آینده) به دست می‌آید (Martin, O'honlon, & Bertolino,2012 .(2012;

تاکنون مطالعات بسیاری در زمینه‌ی اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی و استرس‌های زیاد و مختل‌کننده‌ی سلامت روان، انجام شده است؛ در حالی‌که پژوهش‌های کمی در رابطه با مشکلات غیر بالینی صورت گرفته است. بسیاری از نوجوانان، تنها علائمی از مشکلات نام برده شده را دارند. به دلیل این‌که این افراد از لحاظ بالینی اختلال ندارند، نمی‌توان مداخلاتی که برای کاهش مشکلاتشان به کار گرفته می‌شود

را "مداخلاتی درمانی" در نظر گرفت. بنابراین برای کاهش مشکلات هیجانی این گروه و پیشگیری از شدید شدن این مشکلات در آینده، می‌توان از مداخلات آموزشی و پیشگیرانه استفاده کرد. مداخلات بسیاری برای پیشگیری و کاهش مشکلات هیجانی نوجوانان وجود دارد که از میان آن‌ها می‌توان به مداخلات و آموزش‌های مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری[1] اشاره کرد، اما تحقیقات نشان داده است که استفاده از معنویت در گروه درمانی، یکی از عوامل تأثیرگذار و حایز اهمیت است که می‌تواند در ارتقای حمایت‌های اجتماعی، سازگاری و تطابق در امور مربوط به سلامت موثر باشد (Revheim & Greenberg, 2007). در تحقیق هو، چنگ و چنگ(Ho, Cheung & Cheung, 2010)، وانگ و لیم (Wong, & Lim, 2009) و موحد (Movahed, 2003) که همگی بر روی دانشجویان دانشگاه و دانش آموزان مدارس انجام دادند مشخص گردید که رابطه مثبت معناداری بین خوشبینی به عنوان یکی از ابعاد معنویت درمانی و مثبت نگری و امید به زندگی وجود داشت. همچنین نتیجه‌ی مطالعه‌ای جدید در زمینه‌ی اثربخشی یک مداخله‌ی گروهی مثبت‌نگر در افزایش میزان رضایت از زندگی دانش‌آموزان راهنمایی، حاکی از اثربخشی این مداخله بوده است (Suldo, Savage & Mercer, 2013).

خان، شیرازی و احمد (Khan, Shirazi, & Ahmed, 2011) در مطالعه‌ای با عنوان بررسی رابطه معنویت و رضایت از زندگی در میان نوجوانان هندی به این نتیجه رسیدند که بین معنویت با رضایت از زندگی همبستگی مثبت معنادار وجود دارد و معنویت پیش بین معنادار مثبتی برای رضایت از زندگی است. ماسکارا و روزن (Mascara & Rosen, 2005) در یک تحقیق که روی دانشجویان دانشگاه انجام دادند به این نتیجه رسیدند که معنای وجودی نقش بسیار مهمی در افزایش امیدواری دارد. علاوه بر این، آنها در این تحقیق نشان دادند که معنای وجودی در پیش گیری از بروز نشانه‌های افسردگی، نقش مهمی ایفا می‌کند. به طور کلی نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که مولفه‌های رویکرد مثبت نگر در کاهش اضطراب، افسردگی و استرس و افزایش رضایت از زندگی، سلامت روان، شادکامی و امیدواری افراد اثربخش بوده است (Dockray & Steptoe, 2010). همچنین تحقیقات پترسون، پارک و سلیگمن(Peterson, Park & Seligman, 2005) نشان می‌دهد که برای افراد دستیابی به معنا و رابطه نسبت به دستیابی به لذت بسیار بیشتر می‌توانند رضایت از زندگی را پیش‌بینی کنند. مک نایت (Maknight, 2005)، به بررسی رابطه بین معنویت و رضایت از زندگی پرداخت و به این نتیجه رسید که بین معنویت و رضایت از زندگی رابطه معناداری وجود دارد. در واقع نتایج پژوهش او نشان داد که افرادی که با معنویت مشکل دارند، سطح رضایت از

1. Cognitive Behavior Approach

زندگی آنها کمتر است.

پرچم و محققیان(Parcham, & Mohagheghian, 2011)، در مطالعه‌ای با عنوان بررسی تطبیقی راهکارهای ایجاد و افزایش امید، به مطالعه‌ی این موضوع بر اساس دیدگاه روان‌شناسی مثبت‌نگر و قرآن کریم پرداختند. نتیجه‌ی این مطالعه نشان داد که در قرآن آموزش‌های زیادی در رابطه با راهکارهای ایجاد و افزایش امید وجود دارد. در نتیجه آموزه‌های دین و رویکرد علمی مثبت‌نگر با هم اشتراکات زیادی دارند. جباری (Jabari, 2012) در پژوهش خود با هدف بررسی اثربخشی بسته آموزشی مثبت نگری در کاهش علائم افسردگی، اضطراب، استرس و افزایش میزان رضایت از زندگی دختران نوجوان به این نتیجه رسید که استفاده از این بسته آموزشی باعث کاهش علائم افسردگی، اضطراب، استرس دختران نوجوان و همچنین افزایش میزان رضایت از زندگی آنها شده است. همچنین بوالهری (Bolhary, 1999) در بررسی رابطه بین عوامل تنش زا، میزان توکل به خدا و نشانگان استرس در دانشجویان پزشکی گزارش داد با بالا رفتن نمره‌های آزمودنی‌ها در پرسشنامه‌های توکل، نمره‌ی آنان در پرسشنامه استرس کاهش یافته است. شریفی (Sharifi, 2002) در بررسی رابطه‌ی نگرش دینی با سلامت عمومی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و شکیبایی در مورد ۴۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز به این نتیجه رسید که نگرش دینی با اختلال در سلامت عمومی، اضطراب و شکیبایی مرتبط است از سوی دیگر، در مورد رابطه با متغیرهای افسردگی و پرخاشگری، بعد عاطفی و اعتقادی بهترین پیش‌بینی کننده بود. حمدیه و ترقی جاه (Hamdyh & Taraghijah, 2008) با مقایسه تأثیر روان درمانی گروهی با رویکرد شناختی و معنوی بر افسردگی دانشجویان دختر دانشگاههای تهران، بیان کردند که سلامت معنوی بیشتر بویژه معنا، صلح و آرامش به طرز چشمگیری با افسردگی کمتر همراه است. دستیابی بیماران به احساس سلامت معنوی می‌تواند افسردگی را کاهش دهد و یا از آن جلوگیری کند. همچنین در پژوهشی دیگر بهرامی دشتکی، علیزاده، غباری بناب و کرمی (Bahrami-Dashtaki, Alizadeh, Ghobaribonab, & Karami, 2006) با عنوان بررسی تأثیر آموزش گروهی معنویت در دانشجویان دختر، به این نتیجه دست یافتند که معنویت موجب کاهش افسردگی می‌شود. اژدری فرد، قاضی و نورانی پور (Azhdarifard, Ghazi & Nooranipour, 2010) نیز در پژوهش خود با بررسی تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش آموزان نشان دادند که آموزش عرفان و معنویت در افزایش سلامت روان و بهبود عملکرد جسمانی و عملکرد اجتماعی و کاهش اضطراب و افسردگی دانش آموزان تأثیر دارد.

یکی از مهم‌ترین اهداف مداخلات حوزه معنویت شامل شادکامی، امید و مثبت‌نگری، ارتقای

کیفیت و افزایش میزان رضایت از زندگی در کنار کاهش مشکلات هیجانی می‌باشد. بر این اساس رویکرد معنویت درمانی بر افزایش معناداری در زندگی مبتنی است که مشغولیت و معنا هم باعث برطرف شدن مشکلات هیجانی می‌شود و هم زندگی را شادتر و غنی‌تر می‌سازد. با استفاده از روش‌های معنوی و مذهبی و نیز مثبت نگری، انسان می‌تواند به حد نهایی قابلیت و استعدادهایش دست یابد و این بسیار ارزشمند است (Rashid, 2008; Seligman, 2011). بنابراین با توجه به مطالب مطرح شد ایجاد پژوهش‌هایی در حوزه های معنویت درمانی امروزه و در عصر حاضر دارای اهمیت حیاتی می‌باشد تا با پرداختن به این حوزه‌ها بر نقش مهم و ضروری آنها تأکید شود و از طرفی خط فکری باشد برای پژوهشگران و محققین حوزه‌ها و رشته‌های مختلف از جمله روان‌شناسی، جامعه شناسی، حقوق، مشاوره و علوم تربیتی تا با پرداختن به اهمیت این مسائل بتوانند باری از مشکلاتی که بر اثر اضطراب و افسردگی و نیز عدم امید به زندگی و رضایت از زندگی که گریبان گیر جوامع امروزی شده است بردارند.

همان طور که قبلا هم اشاره شد به طور کلی مشکلات هیجانی چون افسردگی، اضطراب و استرس از شایع‌ترین مشکلات دوران دانشجویی می‌باشند که اخیرا این مشکلات در دوران پایین‌تر تحصیلی یعنی دوران دبیرستان و در رابطه با دانش آموزان نیز مشاهده شده است. وجود چنین مشکلاتی می‌تواند باعث افت عملکرد تحصیلی دانش آموزان در زمینه‌های مختلف، خصوصا در زمینه تحصیلی مانند پیشرفت تحصیلی و کاهش میزان امید به زندگی رضایت از زندگی شوند. علاوه بر این بسیاری از این مشکلات می‌تواند تا بزرگسالی نیز ادامه یابند. بنابراین انجام مداخلاتی برای پیشگیری از تشدید این مشکلات و ارتقای سلامت روان اهمیت دارد. یکی از مداخلات معتبر در این زمینه معنویت درمانی و آموزش اثربخشی این روش است (Friedberg & McClure, 2002). از طرفی دیگر اخیرا پژوهشگران و محققین زیادی به حوزه معنویت و نیز اثربخشی رویکردهای معنویت درمانی بر فرایند بهبودی بیماران روانی و نیز بیمارانی که دچار مشکلات روحی از قبیل اضطراب، افسردگی، استرس و ... شده‌اند توجه کرده‌اند و نیز تحقیقات تقریبا خوبی بر روی اثربخشی معنویت بر بهبود علائم و نشانگان اضطراب، افسردگی، استرس و دیگر بیماری‌های شایع روانی تأکید کرده‌اند، همچنین تحقیقات دیگری نیز اثربخشی معنویت را در حوزه سلامت روان مورد بررسی قرار داده‌اند اما معمولا تحقیقاتی که به بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر روی حوزه‌هایی مانند کیفیت زندگی و همچنین ابعادی مانند امید به زندگی و رضایت از زندگی بپردازد کمتر مشاهده شده است و بیشتر اثربخشی معنویت درمانی را بر حوزه‌های بیماری‌ها و نیز مشکلات روحی و روانی بررسی کرده‌اند و تاکنون تحقیقی مستقیما به بررسی اثربخشی آموزش معنویت درمانی بر حوزه‌های امید به زندگی و رضایت از زندگی در

دانش‌آموزان دبیرستانی نپرداخته است، گویی که قرار است معنویت فقط بر کاهش و بهبود بیماری ها تأثیر داشته باشد و نمی‌تواند نقشی در افزایش امید، رضایت و یا کیفیت زندگی و نیز حوزه های مثبت نگری مانند شادکامی و خوشبینی داشته باشد، بنابراین در این پژوهش محققین درصدد بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر افزایش سازه‌هایی مانند امید به زندگی و رضایت از زندگی هستند، تا با انجام این پژوهش و بررسی اثرات آن به نقش و تأثیر معنویت در ارتقاء عوامل موثر در کیفیت زندگی نیز پی برده شود. فرضیه هایی که در این پژوهش مطرح است عبارتند از:

۱- آموزش اثربخشی معنویت درمانی باعث افزایش میزان امید به زندگی دانش آموزان دبیرستانی می‌شود.

۲- آموزش اثربخشی معنویت درمانی باعث افزایش سطح رضایت از زندگی دانش آموزان دبیرستانی می‌شود.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع تحقیقات نیمه آزمایشی و طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی دانش آموزان سال اول دبیرستان (سال اول عمومی) شهر شیراز بودند که از بین تمامی این دانش آموزان، تعداد ۶۰ نفر از دانش آموزان منطقه ۲ شهر شیراز به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس بر اساس تخصیص تصادفی افراد به دو گروه آزمایش و کنترل، (هر گروه ۳۰ نفر) گمارده شدند. پس از آن اعضای گروه آزمایش پس از توضیح کامل در مورد پژوهش و اعلام رضایت از جانب آنها، به مدت ده جلسه، به صورت هفته‌ای یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای وارد درمان شدند. کلیه آزمودنی‌ها تمام ابزار پژوهش را در دو نوبت تکمیل کردند (پیش آزمون و پس آزمون)، پس از اتمام ۱۰ جلسه مداخله گروهی، بار دیگر هر دو گروه به وسیله‌ی ابزارهای پژوهش آزمون شدند. میانگین سنی این دانش آموزان ۱۵/۱۳ و انحراف استاندارد آن ۰/۵۹۶ بود.

ملاک‌های ورود افراد گروه نمونه:

۱-افراد گروه نمونه در مقطع اول دبیرستان تحصیل کنند.

۲-افراد گروه نمونه، همزمان با شرکت در پژوهش، از خدمات روانشناختی و روان‌درمانی دیگری استفاده نکنند.

۳-افراد گروه نمونه اختلالات روانی به خصوص انواع اختلالات سایکوتیک، رفتار تخریبی و نقص توجه را نداشته باشند.

۴-نداشتن بیماری جسمی دیگری که فرد را از شرکت در برنامه پژوهش باز دارد.

ملاک‌های خروج افراد گروه نمونه:

۱- غیبت بیش از ۴ جلسه موجب خارج شدن افراد از گروه‌های آزمایشی می‌شود.

۲- داشتن اختلالات حاد شخصیتی و نیز انواع اختلالات سایکوتیک باعث خروج افراد از آزمایش می‌شود.

۳- داشتن اختلالات حاد افسردگی نیز باعث خروج افراد از فرایند آزمایش می‌شود.

ابزارها

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل دو ابزار: ۱- مقیاس امیدواری اشنایدر و ۲- پرسشنامه رضایت از زندگی بود که در زیر به توضیح هر کدام از این ابزارها پرداخته می شود:

پرسشنامه امیدواری اسنایدر[1]:این پرسشنامه که توسط اسنایدر و همکاران (Snyder et al, 1991) برای سنجش امیدواری ساخته شد، دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خودسنجی اجرا می شود. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی، ۴ عبارت انحرافی است. بنابراین این پرسشنامه دو زیر مقیاس را در بر می گیرد: عامل و راهبرد. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون – بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است (Snyder & Lopez, 2007). به علاوه داده های زیادی در مورد اعتبار همزمان پرسشنامه امید و مواردی که می تواند پیش بینی کند وجود دارد. برای مثال ، این پرسشنامه با پرسشنامه های خوشبینی، انتظار دستیابی به هدف، و عزت نفس همبستگی ۰/۵۰ تا ۰/۶۰دارد، همچنین نمرات این مقیاس با نمرات سیاهۀ افسردگی بک همبستگی منفی بین (۰/۵۱– و ۰/۴۲ -) دارد (Snyder, 2000). همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه ناامیدی بک برابر با ۰/۵۱– و با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۴۲ – است که نشان دهنده اعتبار این پرسشنامه است. این پرسشنامه دارای ۱۲ عبارت یا گویه است و طیف گزینه ها از کاملا درست تا کاملا غلط را در بر می‌گیرد. همان طور که مشاهده می شود، دامنه تغییرات این پرسشنامه بین ۸ تا ۳۲ است (Lopez & et al, 2000). روایی این مقیاس در پژوهش حاضر از طریق تحلیل عاملی و به روش مولفه‌های اصلی با چرخش واریماکس محاسبه گردید. شاخص KMO در این مقیاس برابر ۰/۷۱۸ و ضریب کرویت بارتلت نیز برابر ۱۹۴/۶۷ بود که با درجه آزادی ۶۶ در سطح ۰/۰۰۰۱ >P معنادار بود. ضریب آلفای کرونباخ برای سنجش میزان پایایی در پژوهش حاضر ۰/۷۳ بدست آمد.

آزمون رضایت از زندگی : این پرسشنامه از ۱۱ گویه تشکیل شده است. این خرده آزمون به وسیله کیم و پارک (Kim & Park, 1999 Quoted by Mortazavi, 2004) تجدید نظر شده و در پژوهشهای بین فرهنگی به کار رفته است و از روایی درونی بالایی برخوردار است. آلفای کرونباخ برای اعتبار این آزمون ۰/۸۳ می‌باشد که در یک مقیاس ۷ درجه‌ای نمره گذاری می‌شود (Mortazavi, 2004). که در این مقیاس درجه ۱ خیلی ناراضی می‌باشد، ۲ ناراضی، ۳ کمی ناراضی، ۴ بی نظر، ۵ کمی راضی، ۶ راضی و درجه ۷ شامل کاملا راضی می‌باشد. نمره کل رضایت از زندگی از جمع نمرات ۱۱ سوال بدست می‌آید. روایی این

1. Hope scale

مقیاس در پژوهش حاضر از طریق تحلیل عاملی و به روش مولفه‌های اصلی با چرخش واریماکس محاسبه گردید. شاخص KMO در این مقیاس برابر ۰/۷۶۴ و ضریب کرویت بارتلت نیز برابر ۳۴۶/۱۴ بود که با درجه آزادی ۵۵ در سطح P< ۰/۰۰۰۱ معنادار بود. همچنین برای سنجش پایایی و همسانی درونی این پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید که برای پژوهش حاضر ۰/۸۶ بدست آمد.

روش اجرا

پس از ارزیابی آزمودنی‌ها برای شرکت آنها در پژوهش مانند، نداشتن اختلال حاد روان پزشکی بر اساس معیارهای مصاحبه‌های بالینی ساختار یافته، جلسات آموزش انجام شد. به طور کلی خلاصه مراحل درمان در تمامی جلسات (۱۰ جلسه) به این صورت بود که ابتدای هر جلسه با فنون تن آرامی[1] و ذهن آگاهی متمرکز[2] (تمرکز بر تنفس خود و یا یک موضوع خاص) آغاز می‌شد و سپس در آغاز هر جلسه به مروری بر تکلیف جلسه قبل آزمودنی‌ها پرداخته می‌شد و به دنبال آن بحث و آموزش مقوله‌ی مورد نظر در هر جلسه انجام می‌شد. در طول جلسه به تمرینات مختص آن جلسه پرداخته می‌شد و در پایان جلسه به آزمودنی‌ها تکالیفی داده می‌شد که در طول هفته انجام دهند و همچنین با تأکید بر استفاده از تن آرامی در طول روز، جلسه به پایان می‌رسید.

جدول ۱. خلاصه جلسات و چهارچوب و ساختار کلی جلسات

جلسات درمان	عنوان و روند جلسات
جلسه اول	آشنایی آزمودنی‌ها با یکدیگر و گفتگو در مورد مفهوم معنویت و دین و تأثیر آن در زندگی افراد
جلسه دوم	آشنا کردن افراد با ویژگی‌ها و آثار امید و ناامیدی از منظر قرآن و روانشناسی مثبت
جلسه سوم	توجه دادن افراد به نقاط قوت خود، با نظر به تأکید خداوند بر توانایی‌های انسان در قرآن کریم
جلسه چهارم	کلمه خدا و ارتباط با خدا و یا هر قدرت برتری که فرد به آن ایمان دارد و نیایش و گفتگوی با خدا
جلسه پنجم	نوع دوستی و انجام کارهای معنوی به صورت گروهی
جلسه ششم	ارتباط با مقدسات، خودانگاره خودآگاهی و ارتباط با خود و گوش دادن به ندای درونی
جلسه هفتم	بحث درباره بخشش و عدم بخشش و احساس گناه و بخشش خود
جلسه هشتم	تأثیر معنویت بر رضایت از زندگی افراد
جلسه نهم	ایمان و توکل به خدا
جلسه دهم	قدردانی و شکر گزاری و جمع بندی تمام جلسات و جلسه پایانی

1. Relaxation
2. Mindfulness Meditation

روش تهیه بسته آموزشی معنویت درمانی مبتنی بر مثبت نگری بدین صورت بود که در ابتدا با توجه مقالات و کتاب هایی که در حوزه معنویت و معنویت درمانی وجود داشت و نیز بر اساس مبانی مفهومی که در آیات و روایات دینی و نیز کتاب های مقدس وجود داشت مفاهیمی برای محتوای جلسات معنویت درمانی استخراج شد. سپس این مفاهیم در اختیار صاحب نظران حوزه دین و نیز گروهی از اساتید روان شناسی قرار گرفت که درباره گویه های استخراج شده اظهار نظر کنند در نهایت از بین گویه های استخراج شده تعدادی گویه نهایی مشخص شد و گویه هایی که از مفهوم مورد نظر دور بودند حذف شدند. در مرحله دوم بر اساس مفاهیمی که در حوزه روان شناسی مثبت وجود داشت، مفاهیمی استخراج شد که با مفاهیم مطرح در حوزه دین و معنویت مطابقت و همخوانی داشت از جمله متغیرهایی مانند امید، بخشش، تعالی، رضایت از زندگی و... متغیرهایی بودند که هم در دین و هم در روان شناسی مثبت نگر بر آن‌ها تأکید شده بود. در نهایت محتوای ۱۰ جلسه آموزش و درمان معنویت درمانی مبتنی بر مثبت نگری براساس مفاهیم مشترک در دو حوزه مطرح شده استخراج و برای هر جلسه نیز تکالیفی مبتنی بر آن مفاهیم در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف استاندارد و نیز روش‌های آمار استنباطی مانند تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد.

به منظور بررسی معناداری آماری تفاوت‌های ایجاد شده در میانگین‌های پس آزمون هر یک از خرده مقیاس‌ها از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد (جداول **۳**و**۵**). همچنین قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مفروضه‌های این آزمون شامل نرمال بودن توزیع، همگنی شیب خط رگرسیون و همگنی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت و پس از اطمینان از برقراری این مفروضه‌ها آزمون تحلیل کوواریانس به منظور بررسی معناداری آماری تفاوت نمرات آزمون پرسشنامه امید اشنایدر و رضایت از زندگی مورد استفاده قرار گرفت.

جدول۲. میانگین و انحراف استاندارد نمره امید به زندگی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه

مقیاس	گروه	تعداد	مرحله	M	SD
امید به زندگی	آزمایش	۳۰	پیش آزمون	۲۵/۱۷	۳/۳۴
			پس آزمون	۲۶/۸۶	۳/۲۰
	کنترل	۳۰	پیش آزمون	۲۳/۷۹	۵/۰۵
			پس آزمون	۲۲/۸۳	۴/۸۸

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون مقیاس امید به زندگی را در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. همان طور که ملاحظه می‌شود نمرات پس آزمون گروه آزمایش (M= ۲۶/۸۶) نسبت به پیش آزمون (M= ۲۵/۱۷) اثر افزایشی داشته است، که نشان دهنده اثربخش بودن رویکرد درمانی معنویت بر افزایش امید به زندگی است.

جدول۳. یافته‌های آزمون تحلیل کوواریانس برای میزان امید به زندگی در گروه‌های مورد مطالعه

منابع تغییرات	نوع سوم مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب نسبی ایتا
پیش آزمون	۱۲۱/۱۰	۱	۱۲۱/۱۰	۷/۹۰	۰/۰۰۷	۰/۱۲۶
گروه	۱۵۵/۶۴	۱	۱۵۵/۶۴	۱۰/۱۵	۰/۰۰۲	۰/۱۵۶
خطا	۸۴۳/۱۶	۵۵	۱۵/۳۳			

همان طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) نشان می‌دهد که گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل، پس از شرکت در مداخله، در نمره کلی امید به زندگی تفاوت معناداری از نظر آماری داشته است (η^2= ۰/۱۵۶, p= ۰/۰۰۲, F= ۱۰/۱۵, df= ۱) به این معنی که نمرات پس آزمون افراد گروه آزمایش در مقایسه با نمرات پیش آزمون در اثر اثربخشی رویکرد درمانی افزایش قابل ملاحظه ای داشته است.

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد نمره رضایت از زندگی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه

مقیاس	گروه	تعداد	مرحله	M	SD
رضایت از زندگی	آزمایش	۳۰	پیش آزمون	۵۷/۵۳	۱۰/۵۴
			پس آزمون	۶۵/۸۹	۷/۹۸
	کنترل	۳۰	پیش آزمون	۵۹/۳۰	۱۶
			پس آزمون	۶۱/۵۶	۱۰/۹۳

جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد نمره رضایت از زندگی افراد گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد. نتایج یافته‌های توصیفی بیانگر آن است که نمره رضایت از زندگی افراد گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش قابل توجهی داشته است (از ۵۷/۵۳ به ۶۵/۸۹) که این نشان دهنده اثربخشی رویکرد درمانی می‌باشد، اما نمره رضایت از زندگی افراد گروه کنترل تفاوت قابل ملاحظه ای نسبت به پیش آزمون نداشته است.

جدول۵. یافته‌های آزمون تحلیل کوواریانس برای میزان رضایت از زندگی در گروه‌های مورد مطالعه

منابع تغییرات	نوع سوم مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب نسبی ایتا
پیش آزمون	۱۸۷۹/۴۵	۱	۱۸۷۹/۴۵	۳۱/۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵۳
گروه	۴۰۰/۰۲	۱	۴۰۰/۰۲	۶/۶۳	۰/۰۱۳	۰/۱۰۴
خطا	۳۴۳۷/۹۰	۵۷	۶۰/۳۱			

همچنین نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) در جدول ۵ نشان می‌دهد که گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل، پس از شرکت در مداخله، در نمره کلی رضایت از زندگی تفاوت معناداری از نظر آماری داشته است، (η^2 =۰/۱۰۴، p= ۰/۰۱۳، F=۶/۶۳، df=۱) به این معنی که نمرات پس آزمون افراد گروه آزمایش در مقایسه با نمرات پیش آزمون در اثر اثربخشی رویکرد درمانی افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته است.

نتیجه

همان طور که قبلا هم اشاره شد هدف کلی از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر افزایش میزان امید به زندگی و رضایت از زندگی دانش آموزان دبیرستانی بود، تا با انجام این پژوهش و بررسی اثرات آن به نقش و تأثیر معنویت در ارتقاء عوامل موثر در کیفیت زندگی نیز پی برده شود. به طور کلی نتایج پژوهش حاضر در خصوص فرضیه اول بیانگر آن بود که معنویت درمانی تأثیر معناداری بر افزایش میزان امید به زندگی دانش آموزان داشت. در واقع نتایج تحلیل کوواریانس نشان دهنده تفاوت معناداری بین نمرات پس آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل بود، بدین ترتیب فرضیه تحقیق تأیید شد. این یافته با نتایج معادل فارسی قبل از پرانتز و معادل لاتین داخل پرانتز هم راستا و همسو می‌باشد.

در خصوص تبیین این یافته می‌توان اینگونه اشاره کرد که معنویت بُعدی از انسان است که ارتباط و یکپارچگی او را با عالم هستی نشان می‌دهد. ارتباط و یکپارچگی به انسان امید و معنا می‌دهد و او را از محدوده‌ی زمان و مکان و علایق مادی فراتر می‌برد (Ghobari-Bonab, 2009). از آنجایی که معناداری، هدفمندی و امیدواری در زندگی از اجزاء جدایی ناپذیر رویکردهای معنویت درمانی است (Bolhari, Naziri & Zamanian, 2012) بنابراین افراد معنوی با تکیه بر ابعاد وجودی خود سعی می‌کنند این عوامل را حفظ کنند، به همین دلیل است که افراد معنوی در زندگی خود هدفمندی بیشتری دارند و میزان امید به

زندگی آنها نیز بیشتر است. از طرفی دیگر مثبت نگری و به طور کلی داشتن باورهای مثبت در مورد خود و دیگران، در حل مشکلات، غلبه بر یأس و نا امیدی، بهبود بیماری‌ها، سلامت روانی و جسمانی انسان تأثیر زیادی می‌گذارد. در واقع استفاده از مثبت نگری در افزایش امید به زندگی و در نهایت بر افزایش سلامت عمومی افراد موثر است، به ویژه اگر این آموزش بر اساس آموزه‌های دینی و قرآنی باشد زیرا افراد جامعه، دین را هدایتگر و راهنمای زندگی خویش دانسته و خود را ملزم به پیروی از دستورات کتاب آسمانی خویش می‌دانند (Ebadi, Sodani, Faghihi, & Hosseinpour,2010).

همچنین دیگر نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که معنویت درمانی بر افزایش میزان رضایت از زندگی افراد گروه آزمایش تأثیر معناداری داشت بنابراین فرضیه دوم پژوهش نیز مبنی بر اثربخشی معنویت درمانی بر افزایش میزان رضایت از زندگی دانش آموزان مورد تأیید قرار گرفت. این یافته نیز با نتایج تحقیقات سولدو و همکاران (Suldo, & et al, 2013)؛ خان و همکاران (Khan, & et al, 2011) ؛ دوکرای و استپتو (Dockray & Steptoe, 2010) ؛ مک نایت (Maknight, 2005) و جباری (Jabari, 2012) همسو می‌باشد. همان‌طور که قبلاً نیز گفته شد، رضایت از زندگی، بعد شناختی بهزیستی روانی را تشکیل می‌دهد. زمانی که ارزیابی فرد از مجموع زندگی‌اش مثبت باشد؛ از زندگیش راضی است و این فکر باعث پیدایش هیجانات مثبت در او می‌شود. رویکرد معنویت درمانی مبتنی بر مثبت نگری علاوه بر تأکید روی کاهش افکار و هیجانات منفی، به امور مثبت و بهزیستی روانی نیز توجه دارد (Otto, Simon, Olatunji, Sung & Pollack, 2011). در واقع معنویت یک ویژگی درونی است که با رضایت از زندگی پیوند یافته است. همان طور که قبلا هم اشاره شد اهمیت معنویت در زندگی روزمره به وسیله تحقیقات تجربی زیادی حمایت شده است. در واقع تحقیقات نشان داده‌اند که معنویت با پیامدهای مختلفی مانند سلامت جسمانی، سلامت روانی و بهزیستی روان شناختی در ارتباط است (Kelley, & Miller, 2007؛ Zullig, Ward, & Horn, 2006).

عقاید معنوی و دینی با فراهم کردن یک نیروی یکپارچه کننده با جنبه‌های جسمانی و روانی افراد، به آنها کمک می کند که از نظر معنوی سالم باشند و در محدوده این سلامتی احساس زنده بودن، هدفمندی و رضایت از زندگی داشته باشند (Lotfikashani, Vaziri, Ghaysar, Mousavi, & Hashemiyeh,2012). معنویت با قرار دادن باورهای افراد، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرایند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهد و به فرد کمک می کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نموده و حس قوی‌تری از کنترل ایجاد نماید و باعث رضایت از زندگی گردد (Fallah, Glozary, Dastani, Zahireddin, Moosavi, & Akbari, 2011؛ Simoni, Marton, & Kerwin, 2002). در واقع باور به خیر بودن تقدیرهای خداوند متعال، عامل

اساسی رضامندی می‌باشد. اگر کسی باور داشته باشد که آنچه توسط خداوند متعال تقدیر می‌شود خیر است، به رضایتمندی دست خواهد یافت (Pasandideh, Golzari, & Barati-Sadeh, 2012). بنابراین بر اساس نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد که پژوهشگران در تحقیقات آینده تأثیر معنویت درمانی مبتنی بر مثبت نگری را در سایر حوزه‌ها مانند پیشگیری و درمان مسائل روانی مانند اضطراب و افسردگی در نوجوانان و کودکان و همچنین در زمینه‌های تحصیلی مانند اضطراب امتحان و دیگر حوزه‌ها مانند ارتقای سلامت روان و بهزیستی ذهنی و مقابله با استرس مورد بررسی و مطالعه قرار دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود که در مدارس به برگزاری کارگاه‌های آموزشی و برنامه‌هایی برای معلمان، والدین، مشاوران و حتی خود دانش آموزان برای آگاهی در این زمینه‌ها پرداخته شود.

References

Azhdarifard, P., Ghazi, G.h., & nooranipour, R. (2010). The Investigation Effect of mysticism and spirituality training on mental health of students. Journal of Modern Thoughts in Education, 5 (2), 106-27. [In Persian].

Bahrami-Dashtaki, H., Alizadeh, H., Ghobaribonab, B., & Karami, A. (2006). Effectiveness of spirituality training with group method to reduce depression of students. Counseling Research & Developments, 5 (19): 49-72. [In Persian].

Benzein, E., Norberg, A., & Saveman, B. I. (2001). The meaning of the lived experience of hope in patients with cancer in palliative home care.*Palliative Medicine, 15(2),* 117–126.

Bolhari, J., Naziri, G.H., & Zamanian, S. (2012). Effectiveness of spiritual group therapy approach to the reduction of depression, anxiety and stress in women with breast cancer. Quarterly Journal of Sociology of Women, 3(1): 85-116. [In Persian].

Bolhary, J. (1999). Studding the relationship between stressors and stress syndrome and the amount of trust to God in medical Education. *Department of Health Research. Medical Education Tehran Psychiatric Institute*. [In Persian].

Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. R. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluation of life. *Annual Review of Psychology, 54,* 403-425.

Dockray, S., & Steptoe, A. (2010). Positive affect and psychobiological processes. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 35 (1),* 69-79.

Ebadi, N., Sodani, M., Faghihi, A., & Hosseinpour, M. (2010). Effectiveness of positive training with an emphasis on the Quran to increasing life expectancy divorced women in Ahwaz. Journal of New findings in Psychology, 4(10):71-84. [In Persian].

Fallah, R., Glozary, M., Dastani, M., Zahireddin, A., R., Moosavi, S.M., & Akbari, M.S. (2011). Effectiveness of spiritual interventions to promote mental health in women with breast cancer. AndishevaRaftar Quarterly Jourrnal, 5 (19): 69-80. [In Persian].

Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2002). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescent*. New York: The Guilford.

Ghobari-Bonab, B. (2009). Counseling and psychotherapy with a spiritual approach. Tehran: Aaron Publications. [In Persian].

Ghobari-Bonan, B., Salimi, M., Solimani, L., & Norimoghadam, S. (2005). Spiritual Intelligence. Journal of Modern Religious Thought, 10: 125-47. [In Persian].

Hamdyh, M., & Taraghijah, S. (2008). Effectiveness of group cognitive psychotherapy approach on depression. Shahid Beheshti University Research Journal, 13(5):383-89. [In Persian].

Ho, M. Y., Cheung, F. M., & Cheung, S. F. (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences, 48,* 658-663.

Ho, S. M.Y., & Kwong, R. S.Y. (2012). Dispositional Hope as a Protective Factor among Medical Emergency Professionals – A Preliminary Investigation. *Traumatology*. *18.* 1 – 7.

Holy Quran. Translated by Mehdi Elahi Qmshhay, (1988).Tehran: Quran Publishing Foundation.

Jabari, M. (2012). Comparison the effectiveness of positively training with cognitive-behavioral training package in reducing symptoms of depression, anxiety, stress, and increase the life satisfaction of adolescent girls. MA Dissertation in clinical psychology, Shahid Beheshti University. [In Persian].

Kelley, B. S., & Miller, L. (2007). Life satisfaction and spirituality in adolescents. *Research in the Social Scientific Study of Religion, 18,* 223-261.

Khan, M. A., Shirazi, M., & Ahmed, M. (2011). Spirituality and life satisfaction among adolescents in India. *Journal of Subcontinent Researches, 3*(7)، 71-84.

Khodayarifard, M. (2000). Application optimism in psychotherapy with an emphasis on Islamic perspective *Psychology & Education*, 5 (1), 140-164. [In Persian].

Lopez, S. J., Bouwkamp, J., Edwards, L. M., & Teramoto Pediotti, J. (2000). Making hope happen via brief interventions. *Paper presented at the Second Positive Psychology Summit, Washington, DC.*

Lotfikashani, F., Vaziri, S.H., Ghaysar, S.H., Mousavi, S., & Hashemiyeh, M. (2012). Effectiveness of spiritual interventions in improving of quality of life mothers of children with cancer. Journal of Medical Figh, 4(11, 12): 125-49. [In Persian].

Maknight, D. (2005). An investignation into the relationship between spirituality and life satisfaction. *www. proqest. com.*

Martin, M. W. (2012). *Happiness and the good life.* New York: Free Press.

Mascaro, N., & Rosen, D. H. (2005). Existential meaning's role in the enhancement of hope and prevention of depressive symptoms. *Journal of Personality, 73(4*), 985-1014.

Mortazavi, S.H. (2004). Relationship between Self-Efficacy and Perceived support from family, friends and teachers closely associated with life satisfaction in a sample of high school students in Tehran. Journal of Educational Innovation, 8 (3): 13-39. [In Persian].

Movahed, A. (2003). Investigation the causal relationship between religious attitudes, optimism, mental and physical health in student Shahid Chamran University. MA dissertation in Shahid Chamran University. [In Persian].

Newman, B. M., & Newman, P. R. (2009). *Develapment through life: A psychological approach* (3th Ed.). Stamford: Wadsworth Cengage Learnig.

Nicolson, D. Ayers, H. (2004). *Adolescent problems: a practical guide for parents,*

teachers and counsellors. London: David Fulton.

O'honlon, B., & Bertolino, B. (2012). *The therapist's notebook on positive psychology*. New York: Routledge.

Osullivan, G. (2010). The Relationship between Hope, Eustress, Self-Efficacy, and Life Satisfaction among Undergraduates. *Springer Science+ Business Media B.V.18 July*.

Otto, M. W., Simon, N. M., Olatunji, B. O., Sung, S. C., & Pollack, M. H. (2011). *10 Minute CBT, Integrating cognitive behavioral strategies into your practice*. New York: Oxford University Press.

Parcham, A., & Mohagheghian, Z. (2011). A comparative study of ways to create and increase hope from positive psychology perspective and Quran view. Marefat Journal, 20 (164): 99-113. [In Persian].

Pasandideh, A., Golzari, M., & Barati-Sadeh, F. (2012). The theoretical basis for satisfaction of Islamic perspective. Religious & Psychology, 5 (4): 85-104 [In Persian].

Peterson, C., Park, N. & Seligman, M.E.P. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: the full life versus the empty life, *Journal of Happiness Studies, 6*, 25–41.

Rahi, R., Razavi Nematolahei, V., Manzari Tavakoli, A. (2013). The relationship between the practice of religious beliefs and depression. *Applied psychology. 4*، 44-51 [In Persian].

Rashid, T. (2008). Positive Psychotherapy. In Lopez, S. J. (Ed.) *Positive psychology: Exploring the best in people*. Westport, CT: Greenwood Publishing Company.

Revheim, N., Greenberg, W.M. (2007). Spirituality Matters: Creating a time and Place for Hope .*Psychiatric RehabilitationJournal, 30(4).*307-310.

Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press.

Seligman, M.E.P., Ernst, R.M., Gillham, J., Reivich, K., & Linkins, M. (2009). Positive education: positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education, 35(3)*، 293-311.

Shah, R., Kulhara, P., Grover, S., Kumar, S., malhotra, R., & Tyagi, S. (2011). Relationship between spirituality/religiousness and coping in patients with residual schizophrenia. *Qual Life Res, DOI 10.1007/s11136-010-9839-6.*

Sharifi, T. (2002). The study of the relationship between religious attitudes and mental health, depression, anxiety, aggression and tolerance in Ahwaz, Islamic Azad University Students. MA dissertation in Islamic Azad University [In Persian].

Simoni, J, M. Marton, M, G. Kerwin, J. (2002). Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for counseling. *Journal of Counseling Psychology. 49(2)*، 139-147.

Snyder, C. R. (2000). *Handbook of Hope*. Orlando FL: Academic Press.

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T.,& et al. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual differences measure of hope. *Personality and Social Psychology*, 60, 570–585.

Snyder, C.R., & Lopez, S.L. (2007). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi.

Suldo, S. M., Savage, J. A., & Mercer, S. H. (2013). Increasing middle school student's life

satisfaction: Efficacy of a positive of a positive psychology group intervention. *Journal of Happiness Study, 25*, 97-121.

Wong, S. & Lim, T. (2009).Hope versus optimism in Singaporean adolescent: Contribution to depression and life satisfaction. *Psychological Studies Academic Group, National Institute of Education, Nan Yang Technological University*, 1 Nan Yang Walk, Singapore 637616, Republic of Singapore.

Zinnbauer, B. J. & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and spirituality. In R.F. Paloutzian & C. L. Perk (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 21-42). New York: Guilford Press.

Zullig, K. J., Ward, R. M., & Horn, T. (2006). The association between perceived spirituality, religiosity, and life satisfaction: The mediating role of self-rated health. *Social Indicators Research, 79*, 255-274.